

## वित्तीय सहायता आवेदन प्रपत्र

### खंड एक: रोगी की जानकारी

अपना पूरा नाम, चिकित्सा सेवा प्राप्त करने के समय का अपना पता और इस खंड में उल्लिखित अन्य जानकारी प्रिंट करें।

खाता संख्या: \_\_\_\_\_ सेवा की तिथि (तिथियाँ): \_\_\_\_\_

रोगी का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ अंतिम \_\_\_\_\_ पहला \_\_\_\_\_ बीच का आधाक्षर \_\_\_\_\_  
 शहर: \_\_\_\_\_ देश: \_\_\_\_\_

निवास का राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_ जन्म तिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ वैवाहिक स्थिति:  अविवाहित  विवाहित  तलाक़शुदा

प्राथमिक फोन नंबर: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  आवास  मोबाइल  कार्यालय  अन्य: \_\_\_\_\_

ईमेल: \_\_\_\_\_

सेवा की तिथि में स्वास्थ्य बीमा:  कोई बीमा नहीं है  मेडिकेयर  मेडिकेड  अन्य: \_\_\_\_\_

### खंड दो: परिवार की आय संपत्तियाँ

अपने लिए, अपने जीवनसाथी और परिवार के अन्य सभी सदस्यों (यदि लागू हो) की आय बताएं।

| आय का स्रोत                                          | सेवा से पहले 3 महीने की कुल राशि | सेवा से पहले 12 महीने की कुल राशि |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| मजदूरी/स्व-रोजगार                                    | \$ _____                         | \$ _____                          |
| सोशल सिक्योरिटी                                      | \$ _____                         | \$ _____                          |
| पेंशन, लाभांश, ब्याज, किराये की आय                   | \$ _____                         | \$ _____                          |
| बेरोज़गारी, श्रमिकों का मुआवज़ा                      | \$ _____                         | \$ _____                          |
| बाल सहायता (केवल तभी जब रोगी इच्छित प्राप्तकर्ता हो) | \$ _____                         | \$ _____                          |
| अन्य                                                 | \$ _____                         | \$ _____                          |

कुल शुद्ध संपत्ति (संपत्तियाँ-ऋण) आवेदन की तिथि तक: \$ \_\_\_\_\_

### खंड तीन परिवार की जानकारी और आय

अपने परिवार के सभी सदस्यों और उनकी जन्मतिथि दर्ज करें।

कृपया आपके अपने परिवार के उन सभी लोगों की निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें जो आपके घर में रहते हैं। HCAP के प्रयोजनों के लिए, परिवार को रोगी, रोगी के पति या पत्नी और रोगी के 18 वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों (प्राकृतिक या दत्तक) के रूप में परिभाषित किया गया है जो रोगी के घर में रहते हैं। यदि रोगी की आयु 18 वर्ष से कम है, तो परिवार में रोगी, रोगी के प्राकृतिक या दत्तक माता-पिता और रोगी के घर में रहने वाले 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चे (प्राकृतिक या दत्तक) शामिल होंगे।

| रोगी सहित परिवार के सदस्यों का नाम | जन्म तिथि | रोगी के साथ संबंध |
|------------------------------------|-----------|-------------------|
| 1. रोगी: _____                     |           |                   |
| 2. _____                           |           |                   |
| 3. _____                           |           |                   |
| 4. _____                           |           |                   |
| 5. _____                           |           |                   |
| 6. _____                           |           |                   |

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में और किसी भी संलग्नक में मैंने जो कुछ भी कहा है वह सत्य है।

जिम्मेदार पक्ष के हस्ताक्षर: x \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

नीचे अपने हस्ताक्षर द्वारा, मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने इस आवेदन की समीक्षा कर ली है और इसे मंजूरी दे दी है।

अस्पताल के CEO के हस्ताक्षर: x \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

अपना पूरा किया हुआ आवेदन यहां लौटाएं: [Penn State Health Rehabilitation Hospital](#)